



장애 학생의 장애에 따른 학교에서의 COVID-19 검사 예외 요청 양식

뉴욕시 교육청(NYC DOE)은 NYC Health + Hospitals 및 NYC 보건정신위생부와 함께 랩 및 기타 제공처와 연계하여 NYC DOE 학생, 교사, 교직원의 COVID-19 감염 검사를 실시하고 있습니다.

학부모 또는 보호자께: 자녀분의 개별 교육 프로그램(IEP)을 갖고 있으며 자녀분의 문서화된 장애가 학교에서 실시되는 COVID-19 검사를 받는데 직접적인 영향을 준다면, 학교 기반 무작위 COVID-19 검사 프로그램의 예외를 요청하실 수도 있습니다. 아래 상세 이유를 설명하시고 이 작성하신 양식을 자녀분의 학교장 또는 담당자에게 제출해 주십시오. 추가 서류는 필수 제출 사항이 아니지만, 귀하의 예외 요청을 검토함에 있어 고려되어야 한다고 생각하시는 추가 정보 및 도움이 될만한 서류 등을 함께 제출 하셔도 됩니다. 모든 요청이 검토되겠지만 모든 요청이 승인되지는 않을 것입니다. 학교에서 검사를 받는데 자녀분의 능력이 직접적인 영향을 끼칠 때만 예외 승인의 요건이 될 것입니다.

유의사항: 승인된 장애에 따른 예외 요청들은 학생이 학교에서 검사 예외를 인정받게 해줄 것입니다. 그러나 예외를 받은 학생들도 여전히 학교 밖에서 검사를 받을 것이 기대됩니다. 어떤 학생이 학교에서 검사를 받도록 선택되었지만 파일에 승인받은 장애로 인한 예외가 있다면, 해당 학생은 학교 밖(예, 학생의 의사 또는 NYC Health + Hospitals 등)에서 통보 받은 후 칠일 이내로 검사를 받아야 합니다. 예외가 인정된 학생들은 또한 검사를 받은 후 결과를 학교로 가져올 것이 기대됩니다. 검사 받는 것을 준비하는데 도움이 필요하시다면 다음 웹사이트를 참조하십시오:

nyc.gov/covidtest 및 schools.nyc.gov/covidtesting.

자녀/학생 정보

이름: _____ 학교 ID/OSIS #: _____ 생년월일: _____

학부모/보호자 정보

이름: _____ 이메일: _____ 전화 번호: _____

주소: _____

가장 좋은 연락 방법은? 전화 이메일

장애에 따른 예외 요청 사유

문서로 입증되는 이 학생의 장애의 특성으로 인하여 학교에서 COVID-19 검사를 받을 수 없는 사유를 설명해 주십시오.

To Be Completed by School Psychologist

(학교 심리 상담사 작성)

ACTION: Approved Denied

School Psychologist: _____

Date: _____